

PANIIKKI JA ALKOHOLI

JUHANI MATTILA – PEKKA KIVIRANTA

Alkoholin käyttöä on lähestytty Alkoholipoliitikka-lehdessä paljolti joko kulttuurista tai biolääketieteestä käsin. Näiden varjoon onkin jäänyt psykologinen näkökulma, jota haluamme seuraavassa tuoda esille tarkastellessamme paniikkien kokemista yhtenä alkoholin käyttöön vaikuttavana tekijänä.

Psykiatrian piirissä on paniikkihäiriön tutkiminen ollut viime vuosina vilkasta. Paniikin etiologiasta on selvitetty erityisesti neurokemian ja genetiikan sekä jossain määrin elämän stressitekijöiden merkitystä (Ballenger 1989; Malison & Price 1990), mutta psykodynaamisiin seikkoihin on kiinnitetty vähemmän huomiota. Häiriön oireet on kuvattu jo vuonna 1895 samalla tavalla kuin nykyisin DSM III R -ohjeistossa (Freud 1895). Erään teorian mukaan kyse on autonomisen hermoston yliherkkyydestä ja alttiudesta reagoida liian voimakkaasti joihinkin fysiologisiin ja psykologisiin ärsykkeisiin (Ballenger 1989).

Paniikkipotilaista 40–90 prosentilla on persoonallisuusergelmia (Chambless 1990) ja alkoholisoitumista on todettu jopa 28 prosentilla (Marcowitz & al. 1989; Reich & Chaudry 1987). Etenkin pakkoneuroottisia luonteenpiirteitä omaavilla paniikkipotilailla alkoholiongelmien ovat tavallisia (Mellman & Uhde 1987). Toisaalta myös alkoholisteilla on keskimääräistä enemmän paniikkioireita.

Ahdistuneisuus, masennus ja alkoholiriippuvaisuus liittyvät monin tavoin toisiinsa (Böning 1989). Ei ole helppoa ratkaista, mikä niistä on syy ja mikä seuraus. Usein paniikkihäiriö on primaarisempaa ja ilmenee ajallisesti varhemmin kuin alkoholisoituminen.

Näin alkoholi olisi vain oireen lievittämistä (Weissman 1988). Jotkut tutkimukset taas viittaavat päinvastoin siihen, että 50 prosentissa tapauksista alkoholisoituminen johtuisi muista syistä ja olisi varhaisempaa kuin paniikkihäiriö (Johannessen & al. 1989). Toistuvat alkoholin vieroitusoireet voisivat sekundaarisesti altistaa paniikkihäiriötä muistuttavaan oireyhtymään. Tällöin vaivojen patofysiologinen tausta saattaisi kuitenkin olla erilainen kuin muilla paniikkipotilailla (George & al. 1989 & 1990), vaikka potilaat itse kokevatkin samalla tavalla sekä vieroitukseen että paniikkiin liittyvät oireensa.

Biologinen psykiatria on siis lisännyt tietämystä paniikkihäiriöstä. Ei voida kuitenkaan uskoa, että totuus olisi löydettävissä vain yhtä tietä eli kemiallisia prosesseja tutkimalla. Paniikin ja juomisen taustalta on löydettävissä psykologista dynamiikkaa silloinkin, kun niitä hoidetaan pelkällä lääkehoidolla ja kun ei haluta tai ei voida paneutua elämyksellisiin mielensisältöihin.

SISÄISEN MAAILMAN KAPEUTUNEISUUS

Paniikeista kärsivän henkilön sisäinen maailma ei ole kaikilta osiltaan kehittynyt monipuolisesti toimivaksi. Mielikuvat itsestä ja muista ihmisistä ovat hataria tai niiden sisältämä libido-varaus ei ole riittävä. Paniikkihäiriössä on selvää samankaltaisuutta O. Kernbergin (1975) kuvaaman narsistisen persoonallisuushäiriön kanssa. Emotionaalisen kapeutumisen ja jopa tyhjyyden takia jää libi-

dinaaristen ja aggressiivisten tarpeitten käsittely psyykkisellä tasolla vajavaiseksi. Energia saattaakin tällöin kanavoitua ainoastaan somaattisesti aiheuttaen hengenahdistusta, huimausta ja sydämentykytystä. Oireet tuntuvat siis varsin fyysisiltä. Sen sijaan omien tunteiden rekisteröinti ja asioiden selvittely elämyksellisellä tasolla on puutteellista, minkä takia suuret menetykset tai uhkaavilta tuntuvat elämänmuutokset voivatkin laukaista paniikkihäiriön (Faravelli & Pallanti 1989). Mielenensisäisen työskentelyn sijasta jotkut potilaat pitävät ulkonaista toimintaa korostuneen tärkeänä, koska he saavat siitä sisällön elämälle.

Paniikkihäiriöstä kärsivien potilaiden on väitetty olevan oirettaan lukuun ottamatta muuten psyykkisesti terveitä, mutta tämä käsitys saattaisi ainakin osittain johtua siitä, että kyseisten potilaiden on vaikea huomata tunteitaan ja elämänsä ristiriitoja. Konkreettiset asiat ja ruumiilliset tuntemukset ovat paniikkipotilaille huomattavasti helpompi puheenaihe kuin omat kokemukset. Kapeutumisen takia heidän kanssaan onkin alkuun kovin vaikea analysoida tunne-elämän asioita. He ihmettelevät terapiaa harkittaessa, mitä ne selvittävät ongelmat oikein voisivat olla. Tässä mielessä he muistuttavat jossain määrin psykosomaattisia sairauksia potevia, jotka eivät myöskään tiedosta vaivojensa emotionaalista taustaa.

Kun paniikin somaattiset oireet ovat etusijalla, hoitoon hakeudutaan luonnollisesti ensin yleis- tai sisätautilääkärille ja koetaan, että kyse on jostakin fyysisestä viasta. Somaattiset tutkimukset ovatkin tärkeitä, koska ei voida unohtaa mahdollisuutta, että paniikkioireiden lisäksi mukana on myös somaattinen sairaus, kuten mahahaava, kilpirauhasen liikatoiminta, aivojen sähkötoiminnan häiriö, korkea verenpaine tai sydänvika.

MINUUDEN KOKEMISEN HÄIRIÖ

Jos tunne ja mielikuvat omasta identiteetistä

ovat hataria ja eheys puuttuu, ihmiselle syntyy alttius kokea itsensä epätodelliseksi, mikä ilmenee paniikissa joskus hyvinkin intensiivisenä itsensä vieraaksi kokemisena eli depersonalisaation oireina. Paniikki saattaa liittyä uhkaamassa olevaan tyhjyyden kokemiseen, joka pelottaa kovasti, koska samalla on vaarana minuuden häviäminen ja kuoleentuminen. Pahimmillaan ahdistus on psyykkisen tuhoutumisen pelkoa eli ns. annihilaatio-ahdistusta. Alkoholi lievittää näitä oireita vahvistamalla minuuden kokemusta. Vieroitusvaiheessa depersonalisaation kokemukset ovat ehkä entistä uhkaavampia ja paniikkia aiheuttavia. Muutkin virikkeet voivat elvyttää minuuden kokemusta ja johtaa ulkonaisten stimulusten nälkään. Joillakin henkilöillä alentunut viriketaso esim. rentoutumisen yhteydessä johtaa paniikkiin (Mellman & Uhde 1989).

AGGRESSIOESTYNEISYYS JA AUTONOMIAN PUUTE

Useimmat paniikkipotilaat ovat sosiaalisesti hyvin sopeutuvia, oikeastaan liiasopeutuvia. He tukahduttavat ja nielevät omat harminsä ja vihan tunteensa tuomatta niitä suoraan esille. Tällöin he ovat menettäneet aggressioiden positiivisen merkityksen autonomian saavuttamisessa, mikä altistaa alistuvaisuuteen. Itsenäisyyden puutteen takia potilaat usein kokevat ylenmääräistä riippuvaisuutta muista, jolloin esim. yksin jääminen pelottaa kovasti. Syyn ja seurauksen suhde on tässä kaksisuuntainen. Toisaalta paniikkioireet johtuvat epäitsenäisyydestä ja toisaalta oireet myös lisäävät taantumista riippuvaisuuteen päin. Jatkuva juominen puolestaan vähentää kykyä aktiivisuuteen. Torjutut harmit ja loukkaantumiset saattavat kyllä tulla alkoholin ansiosta ilmi riitelynä ja rohkeampana sanomisena, mutta humalassa esille tulleet puolet eivät kuitenkaan integroidu persoonallisuuden kokonaisuuteen sitä rakentaen ja vahvistaen. Autonomisuuden puutteen potilas kokee ahdistus-

kohtauksen aikana pelkona siitä, ettei ollenkaan hallitse sitä, mitä tapahtuu.

KONTAKTITTOMUUDESTA

Paniikkipotilailla on todettu olevan keskimääräistä enemmän avioliitto- ja muitakin ihmissuhdeongelmia (Chambless 1990; Markowitz & al. 1989). Sen on tulkittu olevan sekundaarista ja johtuvan heidän oireistaan, vaikka asian voi nähdä toisinkin. Kontaktiongelmat saattavat olla oireiden syy eikä seuraus. Paniikkioireiden taustalla onkin usein kontaktittomuuden tunne. Puuttuu tunne yhteenkuuluvuudesta ja siteestä muihin. Voidaan puhua myös sosiaalisesta isolaatiosta yhtenä osana vieraantuneisuutta (Lee & al. 1990). Ympäristön epätodelliseksi kokemisen eli derealisaation oireissa kuvastuu tämä objektimielikuvien ja kontaktien heikkeneminen.

Paniikkihäiriötä edeltävä ihmissuhteiden väheneminen muistuttaa sellaista yksinäistymiskehitystä, joka voi johtaa suisidaaliseen kriisiin. Tutkimusten mukaan paniikkihäiriöissä onkin korostunut itsemurhavaara. Erityisesti alkoholisoituneet paniikkipotilaat ovat sosiaalisessa suhteessa avuttomia (Reich & Chaudry 1987). Tavallinen paniikkihäiriötä laukaiseva tapahtuma on läheisen ihmissuhteen menetys, millä saattaisi olla spesifisempää merkitystä kuin vain se, että menetys on yleisestikin ottaen kaikkein suurimman stressin aiheuttaja (Ballenger 1989). Usein erakoitumisessa ei ole niinkään kyse kontaktien määrästä kuin niiden elämyksellisestä laadusta. Potilas ei enää pysty kokemaan jäljellä oleviakaan suhteitaan itselleen merkitykselliseksi. Tämä yksinäisyys saattaisi olla se laukaiseva stimulus, joka saa aikaan paniikkikokemuksen siihen alttiissa henkilössä. Avio puolison tai hyvän ystävän seura auttaa usein estämään kohtausten tulemista sellaisissakin paikoissa, joissa se aina yksin liikkueessa tulee. Hoidossa alttius paniikkitiloihin lievittyy kontaktikyvyn parantuessa.

Joskus juominen aktivoi hakeutumaan kontakteihin, vaikka humalassa luodut yhteydet jäävätkin helposti vain epätodellisiksi illuusioiksi kontaktista. Joskus taas juomisella pyritään vain välttämään yksinäisyyden kokemista ja havaitsemista. Silloin pullosta tulee itsestarkoituis, ja tarve todellisiin kontakteihin sammuu.

TAPAUKSELOSTUKSIA

Potilas A: Keski-ikäinen nainen meni psykiatrisen sairaalahoidon jälkeen terapiaan. Hän oli työkyvytön paniikkioireiden, masentuneisuuden ja runsaan alkoholin käytön takia. Hän oli potentiaalinen depressiota ajoittain 20-vuotiaasta saakka ja oli aikaisemminkin ollut hoidossa sen takia. Paniikkioireet ja juominen alkoivat samoihin aikoihin, kun kontaktien eri syistä katkeiltua hänestä oli tullut hyvin yksinäinen. Hän käytti salaa noin puoli pulloa väkeviä päivittäin. Sairaslomien aikana yksin kotona ollessaan hän koki voimakkaita paniikkimaaisia ahdistuksia, jotka kestivät muutaman tunnin. Kohtausten aikana hän vain käveli levottomana edestakaisin. Hän oli toivoton ja pelkäsi sekoavansa, kun mikään ei ollut omassa hallinnassa. Kohtausjaksojen välillä saattoi olla kuukausiakin, ja tänä aikana hän pelkäsi oireiden uusiutumista. Paniikkeja oli erityisesti syvimpinä depressiokausina. Terapiassa hänen oli alkuun lähes mahdollonta tajuta mitään emotionaalisuuteen liittyvää, mutta vähitellen hän huomasi elävänsä tyhjyydessä vailla kiinnekohtaa ja ulkopuolisenä kaikesta. Juomisella hän poisti kokemuksellista tyhjyyttä ja robottimaista oloa. Muuten uhkasi paniikki. Aamuisin alkoholi auttoi pysymään koossa niin, ettei hän hajonnut kauhuun. Myös loukkaantumisten aiheuttamaa itseluottamuksen rakoilua hän hoiti alkoholilla. Nousuhumalassa hän tunsi olevansa autonomisempi, aktiivisempi, elävämpi ja enemmän läsnä oleva. Joskus humala teki hänestä hetkeksi kontaktihaluiseksemman, minä jälkeen hän pian jälleen halusi eristäytyä

itseriittoisesti omaan rauhaansa. Vasta pitkän työskentelyn jälkeen hän alkoi kokea ihmisuhteita merkitykselliseksi. Hän esim. oppi keskustelemaan puhelimesta ystäviensä kanssa ja saamaan siitä alkavaan paniikkiin samanlaisen helpotuksen kuin aikaisemmin juomisesta. Hoidon kuluessa hän kokeili useita erilaisia antidepressiivisiä ja anksiolyyttisiä lääkkeitä, joista ei juuri ollut apua.

Potilas B: 35-vuotias naimaton nainen haikautui terapiaan seurustelusuhteiden epäonnistumisten ja masennuksen takia. Hänellä oli usein paniikkimaisia ahdistuksia, vatsakipua ja hikoilua kadulla liikkeessaan tai yksin työhuoneessaan ollessaan. Hän oli käyttänyt alkoholia lisääntyvässä määrin useita vuosia, vaikka varsinaisesta alkoholismista ei vielä ollutkaan kyse. Terapiassa selvisi, että hän joi iltaisin ja viikonloppuisin, koska muuten tyhjiys ja kuolleisuus aiheuttivat ahdistusta ja lamaantumista. Hän oli tuntenut olonsa aina epätodelliseksi ja tyhjäksi. Minuuden tunne uhkasi usein hävitä, ja peiliin katsoessaan hän ei tuntenut kuvaa itseksensä vaan naamioksi. Hoidon aikana todellisten kontaktien solmiminen tuli hänelle helpommaksi, ja sen ansiosta hänen itseluottamuksensa vähitellen parani. Terapiatauot aiheuttivat alkuun avuttomuuden ja orpouden tunteita ja jopa kuolemanpelkoja, joihin hän käytti alkoholia. Minuuden vahvistumisen myötä hän toipui paniikkioireista ja pystyi luopumaan alkoholista. Ja siinä sivussa myös tupakasta. Hän sai hoidon loppupuolella selvästi apua antidepressiivisestä lääkityksestä, jota ei aikaisemmin voitu kokeilla psykoosivaaran vuoksi. Hän oli aikaisemmin lisäksi kieltäytynyt käyttämästä mitään lääkkeitä.

Potilas C: Naimisissa oleva intellektuaalisesti erittäin lahjakas sotilasvirkamies hakeutui hoitoon, koska tunsi itsensä masentuneeksi ja hermostuneeksi. Alkuun hän ei osannut tarkemmin selittää tilannettaan. Terapiassa selvisi, että hän oli vuosia sitten yksin työvo-

rossa ollessaan tuntenut äkillisesti levottomuutta ja keskittymisvaikeutta ja että samalla häntä oli hikoiluttanut ja vapisuttanut. Oireiden uusiutuessa hän haki helpotusta juomisesta. Vaikeimpia olivat toimettomat hetket, jolloin hän koki putoavansa tyhjyyteen ja merkityksettömyyteen. Alkavaa paniikkia hän impulsiivisesti pakeni juomalla ja sitten humalassa haki pakonomaisesti seuraa itselleen ravintolasta tai soittelemalla. Lääkehoidosta hän ei saanut oleellista apua. Alkoholi-soituminen johti moniin ongelmiin, rattijuoppouteen ja irtisanomiseen työstä. Paniikkitilojen alkamisen aikoihin hän oli kokenut työssä henkistä yksinäisyyttä ja erilaaisuutta työtovereihin nähden, mikä oli johtanut monien harrastusten loppumiseen ja eristäytymiseen. Hoidossa hän sai ahdistukset ja juomisen hallintaansa tunnistaessaan aikaisempaa paremmin emotionaalista puoltaan. Hän alkoi opiskella vaihtaakseen ammattia, mikä antoi uusia kontakteja sekä merkityksellistä sisältöä elämään.

Potilas D: Ensimmäistä vuottaan yliopistossa opiskeleva mies alkoi tenttikirjoja lukiessaan saada äkillisiä ja vaikeita paniikkikohtauksia, joiden yhteydessä hänellä oli myös hikoilua ja sydämentykytystä. Kohtaukset häiritsivät miehessä kauhua, ja niiden mukana alkoi myös tulla lisääntyvää masennusta. Kohtaukset uusiutuivat muutaman kuukauden välein, ja depressio muuttui vähitellen pysyväksi. Potilas käytti alkoholia päivittäin helpottaakseen paniikkeja. Juominen ei kuitenkaan ensimmäisinä vuosina johtanut yksinäistymiseen, ja hän kykeni oireistaan huolimatta viemään opintonsa päätökseen. Tässä vaiheessa tilanne oli jo niin vaikea, että hän hakeutui psykoanalyttiseen terapiaan lisääntyvän masennuksen ja lamaantumisen vuoksi. Hoidon kuluessa, parin vuoden aikana, paniikit hävisivät, ja kävi ilmi, että ne olivat olleet ensimmäinen hälytysmerkki ja osoitus potilaan epäitsenäisyydestä, josta hän ei ennen terapiaa ollut lainkaan tietoinen. Paniikkien loputtua jouduttiin tekemään vielä

pitkä työ, jonka aikana potilas itsenäistyi ikäistään vastaavaksi aikuiseksi. Hoidon aikana myös alkoholin käyttö väheni kohtuulliseksi.

HOIDOSTA

Yleensä lääkkeet antavat nopeasti ainakin tilapäistä helpotusta paniikkeihin. Lääkkeet eivät kuitenkaan auta kaikkia, ja joskus niiden käyttö aiheuttaa liikaa sivuvaikutuksia. Usein lääkehoidon lopettaminen on ongelmallista, kun suuri osa potilaista ei pysy oireettomana ilman lääkitystä (Ballenger 1992). Hoitoa onkin pyritty täydentämään ja tehostamaan oppimis- ja kognitiivisilla terapioilla. Potilaiden suhtautumista oireisiin yritetään muuttaa niin, etteivät he enää tulkitsisi tilanteitaan pelottaviksi katastrofeiksi. Näillä terapioilla on saatu hyviä tuloksia varsinkin, jos kiinnitetään riittävästi huomiota hoitosuhteen toimivuuteen (Chambless 1990).

Jos nämä hoidot eivät tuo apua, tarvitaan syvemmin vaikuttavaa terapiaa, jolla pyritään tunne-elämän ja persoonallisuuden korjaantumiseen. Siihen sopii parhaiten analyttinen terapia tai psykoanalyysi, joissa yhteistyön avulla pyritään aidon minuuden vahvistumiseen tukemalla sekä itseän että muihin liittyvien mielikuvien kehitystä. Paniikkitilojen lievittyessä vähenee tarve alkoholin käyttöön, kun tyhjyyden kokemukset ja olemassaolon tunteen katkeaminen eivät enää ole uhkaamassa ja potilaalle kehittyä kykyä hankkia stimuloivia elämyksiä muillakin tavoilla kuin juomalla. Psyken vahvistuessa tuntuu, että on paremmin elossa. Terapiassa paniikkioireet ja juominen lievittyvät erityisesti vasta siinä vaiheessa, kun potilas ehkä pitkänkin työskentelyn jälkeen saa emotionaalisen ja monipuolisen otteen hoidosta ja yhteistyö alkaa sujua. Toisaalta välillä voi tapahtua taantumista ja alkoholin käytön tilapäisestä li-

säätymistä, jos potilaan ja terapeutin välinen yhteistyö rakoilee ja kontakti katkeilee tai ohenee näennäisen pinnalliseksi.

Juomisen taustalla mahdollisesti olevaa alttiutta paniikkien kokemiseen ei ole helppo huomata, jos alkoholiongelmainen itse pystyy kuvaamaan tuntemustaan vain hyvin epämääräiseksi huonoksi oloksi. Vielä vaikeampaa on tavoittaa oireen taustalla olevia pelkoja itsen häviämisestä ja yksinäisyydestä. Aina tällainen analysoiva työskentely ei ole tarpeen eikä eri syistä mahdollistakaan. Tällöin muut hoitomuodot tulevat etusijalle.

POHDINTAA

Ovatko alkoholisoitumiseen taipuvaiset paniikkipotilaat erilaisia kuin raittiit? Sukupuolen merkitys näyttäisi kliinisesti selvältä siten, että miehet ovat alttiimpia lievittämään paniikin oireitaan juomalla (Reich & Chaudry 1987). Alkoholiongelmaiset paniikkipotilaat ovat kliinisen kokemuksen perusteella masentuneempia kuin muut paniikkipotilaat, jolloin monen sairaudenkuvan päällekkäisyys merkitsee vakavaa häiriötä. Alkoholiongelmaisilla yksinäisyys ja sosiaaliset kontaktiongelmat ovat huomattavampia kuin muilla paniikkipotilailla.

Erojen sijasta terapiatyöskentely tuo esille paljon psykologista yhtäläisyyttä alkoholisoituvien ja raittiiden paniikkipotilaiden välillä. Voidaankin ajatella, genetiikkaa unohtamatta, että näiden potilaiden paniikki- ja alkoholismoireet sekä depressiivisyys eivät ole taustaltaan aivan erillisiä, vaan saattaisivat johtua samoista ihmissuhde- ja persoonallisuusongelmista. Olisihan vaikea uskoa, että potilaan kaikilla oireilla olisi täysin toisistaan riippumaton etiologia. Ei ole myöskään aivan mahdotonta, että jotkut neurokemialliset löydökset olisivatkin seurausta tästä psykologisesta problematiikasta.

KIRJALLISUUS

Ballenger, J.: Toward an integrated model of panic disorder. *Am. J. Orthopsychiatry* 59 (1989), 284–293

Ballenger, J.: Medication discontinuation in panic disorder. *J. Clin. Psychiatry* 53 (1992, suppl. 3), 26–31

Böning, J.: Anxiety and dependence – reason or consequence? In: Ach  , K. & al. (eds.): *Many faces of panic disorder*. *Psychiatria Fennica* suppl. 1989

Chambless, D.: Update on panic disorder and agoraphobia. *Curr. Opin. Psych.* 3 (1990), 790–794

Faravelli, C. & Pallanti, S.: Recent life events and panic disorder. *Am. J. Psychiatry* 146 (1989), 622–626

Freud, S.: On the grounds for detaching a particular syndrome from neurasthenia under the description 'anxiety neurosis'. In: Strachey, James: *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. 1895

George, D. & al.: Panic response to lactate administration in alcoholic and nonalcoholic patients with panic disorder. *Am. J. Psychiatry* 146 (1989), 1161–1165

George, D. & al.: Alcoholism and panic disorder:

is the comorbidity more than coincidence? *Acta Psychiatr. Scand.* 81 (1990), 97–107

Johannessen, D. & al.: Prevalence, onset and recognition of panic states in hospitalized male alcoholics. *Am. J. Psychiatry* 146 (1989), 1201–1203

Kernberg, O.: *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson, 1975

Lee, D. & al.: Anomie, alcohol abuse and alcohol consumption: a prospective analysis. *J. Stud. Alcohol* 51 (1990), 415–421

Malison, R. & Price, L.: Panic states. *Curr. Opin. Psych.* 3 (1990), 229–234

Marcowitz, J. & al.: Quality of life in panic disorder. *Arch. Gen. Psychiatry* 46 (1989), 984–992

Mellman, T. & Uhde, T.: Obsessive-compulsive symptoms in panic disorder. *Am. J. Psychiatry* 144 (1987), 1573–1576

Mellman, T. & Uhde, T.: Sleep panic attacks: new clinical findings and theoretical implications. *Am. J. Psychiatry* 146 (1989), 1204–1207

Reich, J. & Chaudry, D.: Personality of panic disorder alcohol abusers. *J. Nerv. Ment. Dis.* 175 (1987), 224–228

Weissman, M.: Anxiety and alcoholism. *J. Clin. Psychiatry* 49 (1988), 17–19.